



መግለጺ ፍታው ንክታበት ጸረ / Samtycke till vaccinering:

Covid -19 ☐

ወይ

TBE ☐

ስም ቁልፍ/Barnets namn

ቁጽረ መንነት/Personnummer

ሞግዚት ናይ'ቲ ቁልፍ ክልተ እንተኾይናም ነዚ ናይ ፍታው ቅጥዒ ክልቲኦም ክመልእዎ ኣለዎም።

☐ □□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

□□/Ort: _____

□□□/Datum: _____

1
*ናይ ወላዲ ክታም(ፈርማን)

2
*ናይ ወላዲ ክታም(ፈርማን)

Förälders/vårdnadshavares namnteckning

Förälders/vårdnadshavares namnteckning

ምሉእ ስም - ቁጽረ ተሌፎንን

ምሉእ ስም - ቁጽረ ተሌፎንን

Namnförtydligande – Telefon dagtid

Namnförtydligande – Telefon dagtid

ሞግዚት ናይ'ቲ ቁልፍ ኣንቲ ወላዲት ጥራሕ እንተኾይና፡እቲ ትገልጽ ፍታት ክታበትን በይና ሞግዚት ምዃን ንና እያ ትሕብር። /Om barnet har en vårdnadshavare gäller både underskrift och intygande om att du är ensam vårdnadshavare.

☐ □□□□ □□□□□ □□□□ □□□ □□□□ □□□□ □□□ □□□□

Jag intygar att jag är ensam vårdnadshavare och samtycker till att barnet vaccinerar.

□□/Ort:: _____

□□□/Datum: _____

*ናይ ወላዲ ክታም(ፈርማን) - ምሉእ ስም - ቁጽረ ተሌፎንን

Förälders/vårdnadshavares namnteckning – Namnförtydligande